

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1899

THÈSE

N°

POUR

653

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Lundi 24 Juillet 1899, à 1 heure

PAR

FOSTIER OMER

né à Avesnelles le 18 mai 1873

CONTRIBUTION A L'ETUDE

DES

BARTHOLINITES

ET EN PARTICULIER

DE LEUR TRAITEMENT

— ❀ —

Président : M. TILLAUX.

Juges : MM. } LANNELONGUE.
HUMBERT, POIRIER.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical.

PARIS

P. DELMAR, 23 bis, rue des Ecoles

1899

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

653

Année 1899

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Lundi 24 Juillet 1899, à 1 heure

PAR

FOSTIER OMER

né à Avesnelles le 18 mai 1873

CONTRIBUTION A L'ETUDE

DES

BARTHOLINITES

ET EN PARTICULIER

DE LEUR TRAITEMENT



Président : M. TILLAUX.

Juges : MM. } LANNELONGUE.
HUMBERT, POIRIER.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
différentes parties de l'enseignement médical.*



PARIS

P. DELMAR, 23 bis, rue des Ecoles

1899

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL.
Professeurs.	MM.
Anatomie.	FARABEUF.
Physiologie.	CH. RICHT.
Physique médicale.	GARIEL.
Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.	DEBOVE.
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE.
Histologie.	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale.	TERRIER.
Thérapeutique.	POUCHET.
Hygiène.	LANDOUZY.
Médecine légale.	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.	N.
Clinique médicale.	CHANTEMESSE.
	DIEULAFOY.
	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
Maladie des enfants.	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux.	RAYMOND.
Clinique chirurgicale.	DUPLAY.
	LE DENTU.
	TILLAX.
	BERGER.
Clinique des maladies des voies urinaires.	GUYON.
Clinique ophtalmologique.	PANAS.
Clinique d'accouchement.	BUDIN.
	PINARD.

Agrégés en exercice.

MM. ACHARD	MM. DUPRÉ.	MM. LEPAGE	MM. THIROLOIX
ALBARRAN	FAURE.	MARFAN	THOINOT
ANDRÉ	GAUCHER	MAUCLAIRE	VAQUEZ
BONNAIRE	GILLE DE LA TOURETTE	MENETRIER	VARNIER.
BROCA AUG.	HARTMANN	MÉRY	WALLICH
BROCA AND.	LANGLOIS	ROGER	WALTHER
CHARRIN.	LAUNOIS	SEBILEAU	WIDAL
CHASSEVANT	LEGUEU	TEISSIER	WURTZ
DELBET.	LEJARS	THIERY	
DESGREZ.			

Chef des Travaux anatomiques M. RIEFFEL

Secrétaire de la Faculté : M. le Docteur Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
M. LE PROFESSEUR TILLAUX
Chirurgien des Hôpitaux
Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'honneur

INTRODUCTION

Arrivé au terme de nos études médicales, nous sommes heureux de remercier tous ceux qui furent nos maîtres dans les hôpitaux et auxquels nous sommes redevables des connaissances que nous avons acquises.

Nous avons été l'élève de M. le Professeur Tillaux, c'est dans son service que nous avons appris la chirurgie ; nous n'oublierons jamais ses magistrales leçons, ni le bienveillant accueil qu'il nous a toujours fait.

Il a bien voulu accepter la présidence de notre thèse, nous lui en sommes profondément reconnaissants.

Nous n'oublierons pas non plus MM. Walther, Blum, Polaillon, chez lesquels nous avons complété nos connaissances dans l'art de la chirurgie, et nous tenons à leur dire ici toute notre gratitude.

M. le Professeur Jaccoud nous a enseigné la médecine, c'est lui qui nous a montré l'importance capitale de l'examen approfondi des malades pour porter un diagnostic exact et instituer un traitement rationnel. Nous avons profité largement de ses leçons cliniques si savantes, nous tenons à le remercier sincèrement.

Merci enfin à MM. Troisier, Thiroloix et de Beurmann médecins des hôpitaux auxquels nous sommes redevables d'une partie de notre éducation médicale.

Ce que nous savons en accouchement nous le devons à M. le Professeur Budin ; que ce maître veuille bien croire à notre profonde reconnaissance.

C'est en suivant le service de M. de Beurmann à l'hôpital Broca qu'il nous a été donné de voir de nombreuses malades atteintes de bartholinite aiguë ou chronique, que nous avons pu suivre grâce à l'obligeance de l'interne du service, M. Milhiet, qui a bien voulu nous permettre de recueillir quelques observations et nous aider de ses conseils, ce dont nous le remercions vivement.

Intéressés par les bons résultats de l'extirpation dans le traitement de cette affection, nous avons songé à en faire le sujet de notre thèse inaugurale, car en cherchant dans les livres et même dans les traités spéciaux nous n'avons trouvé que quelques lignes sur le traitement des bartholinites. Nous avons cru que ce point de leur étude méritait plus ample développement et nous avons pensé faire œuvre utile en y consacrant notre travail.

Nous n'avons pas la prétention de faire œuvre originale, notre but est plus modeste, nous voudrions simplement bien mettre au point la question du traitement des bartholinites, ceci en nous basant sur quelques observations personnelles et sur les résultats que nous avons observés; nous serons heureux si nous avons atteint ce but.

Notre travail comprendra deux parties : une partie anatomique dans laquelle nous étudierons rapidement le développement, les rapports, la structure et les fonctions de la glande de Bartholin, et une partie clinique comprenant l'étiologie, la pathogénie, les symptômes, le diagnostic et le traitement des abcès de cette glande; nous insisterons surtout sur ce dernier point.

I. — ANATOMIE

1° DÉFINITION ET DÉVELOPPEMENT

Les glandes vulvo-vaginales ou de Bartholin sont des glandes mucipares qui débouchent dans le fond du canal vulvaire ; elles sont les homologues des glandes de Cowper.

Au point de vue embryologique, ces glandes sont de formation ectodermique ; elles proviennent de l'involution de l'épithélium qui recouvre le sinus uro-génital. Pendant la vie intra-utérine elles sont très peu volumineuses ; elles n'apparaissent guère que vers le troisième ou quatrième mois ; ce sont alors des conduits pleins du volume d'un grain de millet, d'après Hughier.

De ces conduits partent des bourgeons secondaires et au septième mois la glande mesure environ 1 millim. $1/2$ à 2 millimètres de diamètre. A la naissance et pendant les premières années de la vie, elles restent à l'état d'organe infiniment petit et difficile à trouver ; ce n'est qu'à la puberté qu'elles augmentent de volume, qu'on compare à celui d'un pois. Elles le conservent d'ailleurs pendant toute la vie génitale de la femme, quelquefois s'accroissent légèrement. A la ménopause elles s'atrophient comme le reste des organes génitaux, ce qui montre bien qu'elles ont une signification nettement génitale.

2^o ANATOMIE COMPARÉE. — ANALOGIE.

L'existence de cette glande dans la série animale a été étudiée par Huguier ; d'après lui, on la trouve chez les quadrumanes des deux continents, chez les félins ou sa forme est comparable à celle d'un haricot nain, chez les rongeurs, chez les pachydermes et chez les ruminants. Cette glande n'existerait pas chez la chienne ; par contre, on la retrouve avec la plus grande facilité chez la vache où elle se présente sous la forme d'une masse de couleur jaunâtre du volume d'une noix. Elle est située à 5 ou 6 centimètres du bord vulvaire ; son conduit excréteur reçoit facilement un stylet de gros calibre.

De nombreux points de ressemblance prouvent que la glande de Bartholin et la glande de Cowper de l'homme sont deux organes homologues. En effet, leur origine embryonnaire est la même, toutes les deux proviennent de l'épithélium qui recouvre les parois du vestibule du sinus uro-génital. Leur situation est exactement la même, toutes les deux sont logées dans le triangle uréthro-ischiatique, la glande de Bartholin sous le constricteur du vagin en avant du transverse du périnée, la glande de Cowper sous le bulbo-caverneux en avant du transverse du périnée en dedans de l'artère bulbeuse.

D'ailleurs toutes les deux sont excessivement variables comme forme et comme volume, elles ont les mêmes vaisseaux, les mêmes nerfs. Enfin remarquons que l'on

ne trouve les glandes de Bartholin que chez les femelles dont les mâles ont des glandes de Cowper, et qu'au point de vue physiologique ces deux variétés de glandes ont un rôle mécanique dans le coït.

3^o HISTORIQUE

Les glandes de Bartholin furent pour la première fois signalées ou plutôt soupçonnées par Plazoni de Padoue en 1631 ; cet auteur avait reconnu l'existence du canal excréteur par lequel il avait vu s'échapper un liquide, d'où il avait conclu à l'existence d'une glande.

Après lui, Ralfnik 1633 et Spiegel 1664, firent les mêmes constatations. Mais c'est Duverney qui le premier découvrit la glande elle même chez la vache, puis chez la femme ; il en donne la description suivante :

« Sous la partie inférieure du même tissu sont placées les glandes que j'appelle vaginales, dont j'ai fait il y a longtemps la première découverte sur les vaches, ce que j'ai confirmé peu de temps après sur les femmes, et sur les femelles des animaux que j'ai disséquées ; ces glandes sont composées de plusieurs petits sacs ou grains vésiculaires à peu près semblables à ceux des prostates des hommes ; elles sont longues de 4 à 5 lignes, médiocrement épaisses et de forme plate, collées immédiatement aux côtés inférieurs du vagin. De la partie supérieure de chaque glande sort un canal qui, remontant aux côtés du vagin l'espace d'environ 5 à 6 lignes, vient s'ouvrir vers le milieu de l'orifice externe du vagin. »

Duverney fit examiner cette glande par Bartholin qui la décrit dans son livre sur le Diaphragme en 1676.

Depuis cette époque déjà éloignée, de nombreux auteurs ont consacré quelques travaux à l'étude de ces glandes. Cowper en 1698 les décrit longuement, puis Boerhaave dans son *Traité sur la Syphilis* où il les appelle corps bulbeux. Elles sont ensuite étudiées par Delametttrie, Garengéot, Verheyen (1726), Winslow, Verdier (1726), Didier (1753). Dans les *Mulierbra*, Haller s'exprime ainsi à leur sujet : « J'ai constamment rencontré au-dessous de l'hymen, de chaque côté del'extrémité inferieure du vagin, une, deux ou trois grandes lacunes qui donnent passage à une humeur blanchâtre, mais je n'ai jamais aperçu de glandes ».

Sabatier en 1791 décrit à nouveau la glande de Bartholin.

G. Cuvier en 1804 en donne la description suivante : « deux petites glandes rondes, semblables à celle dite de Cowper de l'Homme, situées de chaque côté de l'origine du vagin, versent dans le canal, suivant quelques anatomistes, par un seul conduit excréteur, le liquide qu'elles produisent ».

Viennent ensuite les travaux de Portal (1804), Bayer (1815), Grimaud et Martin St-Ange (1837), Amussat qui injecte leur conduit, Taylor et Ruol en Angleterre (1838) Tiedmann en Allemagne (1840), Robert en 1841, Huguier enfin qui a donné de la glande la première description complète, Lang, Trost, Martin et Léger qui étudièrent les canaux excréteurs.

Langerhaus (1874) et de Sinéty (1880) s'occupèrent de

leur structure; Ackeren en 1889 fit après Huguier une étude complète de leur embryologie. Leur inflammation fut signalée par Boerhaave qui fit remarquer que dans la blennorrhagie le virus s'étendait aux lacunes des parties latérales du vagin et qu'il se faisait un écoulement par leur ouverture.

C'est Hunter qui, en 1789, semble avoir donné la première observation nette de bartolinite : « Une jeune femme nerveuse, le lendemain de ses noccs, est prise des symptômes d'une blennorrhagie vulvo-urétrale. Le mari avait contracté quelques mois avant son mariage un écoulement dont il n'était pas guéri le jour de ses noccs; l'orifice de l'urèthre de la femme était complètement tuméfié et enflammé, ainsi que les conduits des glandes de chaque côté de l'urèthre; il ne paraissait pas qu'un écoulement fut fourni par le vagin. Les lacunes appartenant aux glandes de Bartholin de chaque côté, étaient très enflammées, et il y avait sur un des côtés de l'hymen une petite tumeur dure qui ensuite suppura. Un peu plus tard, formation d'un second abcès dans le même point que le premier ».

Des observations furent ensuite rapportées par Bayer, Velpeau, Vidal de Cassis, Barthen, Blandin; enfin le mémoire de Huguier mit la question au point. Hamonic, Fauvel s'occupèrent surtout des bartholinites chroniques; Chevalerias, Terrillon, De Amicis, Hartmann et Quenu étudièrent les fistules recto-vulvaires.

Les travaux récents ont surtout trait à l'anatomie pathologique avec Touton 1893, Leblanc 1895 et à Jadasohn et Menge et à la bactériologie surtout étudiée dans

les thèses de Dujon 1897 et Hallé 1898 auxquels nous empruntons différents documents et observations.

4° DESCRIPTION ANATOMIQUE

L'anatomie de la glande de Bartholin se trouve dans tous les classiques, nous n'y insisterons donc pas trop longuement; nous sommes cependant obligés d'entrer dans quelques détails qui nous seront utiles au chapitre du traitement.

La glande vulvo-vaginale est située sur les parties latérale et postérieure du vagin, à un centimètre environ au-dessus de l'orifice inférieur de ce conduit; elle repose dans une loge formée par les deux aponévroses superficielle et moyenne du périnée, l'ischion en dehors, le vagin en dedans. Distante de 2 à 3 centimètres du bord libre de la grande lèvre, elle est à 1 centimètre du fond du pli génito-crural, à 1 centimètre de la branche ascendante de l'ischion.

On ne la sent généralement pas à la palpation, sauf chez les femmes maigres, ou on la palpe facilement d'après Hughier, Valmont, Billroth.

Pour bien en étudier les rapports, le plus simple est de disséquer la glande; mais, ce n'est pas toujours chose facile, puisque dans certains cas, il faut avoir recours au microscope pour découvrir ses acinis.

Pour tourner la difficulté, on fait une incision à la partie interne et l'on introduit un stylet dans le canal excréteur que l'on suit et dissèque jusqu'à la glande,

sur laquelle on arrive ainsi facilement et que l'on peut étudier à loisir.

De couleur blanc jaunâtre, cette glande, irrégulière, élastique au toucher, a le volume d'un pois ; sa forme est ovulaire. Longue de 12 à 15 millimètres, elle mesure 8 à 10 millimètres de large. Son poids est de 4 à 5 grammes.

Elle présente à considérer quatre faces et deux extrémités :

Sa *face postérieure* repose sur l'aponévrose périnéale moyenne.

Sa *face antérieure* est recouverte par l'aponévrose périnéale superficielle.

Par sa *face externe*, elle est en rapport avec le bulbe du vagin qui se creuse en fossette pour la recevoir et avec les faisceaux du constricteur vulvaire.

Sur cette face cheminent la branche périnéale du nerf honteux interne, l'artère bulbeuse et les veines correspondantes.

Sa *face interne* répond à la paroi vaginale à laquelle elle est unie par du tissu cellulaire dense, dans lequel se trouve un prolongement de l'aponévrose moyenne.

L'*extrémité supérieure* de la glande vulvo vaginale répond au bulbe du vagin.

Son *extrémité inférieure* atteint, le muscle transverse superficiel du périnée.

De la face interne de la glande, se détache son *canal excréteur*, long de 10 à 20 millimètres, large de 2 millimètres.

De la face interne, ce conduit se porte obliquement en

haut, en avant et en dedans, et vient s'ouvrir par un orifice arrondi dans le sillon qui sépare les petites lèvres de l'hymen ou des caroncules myrtiliformes, à la partie moyenne de l'orifice vaginal ou à l'union des deux tiers postérieurs avec le tiers antérieur.

Les dimensions de l'orifice de ce conduit sont très variables ; tantôt il est très petit, à peine visible, tantôt il est facile à trouver et suffisamment large pour recevoir un petit stylet.

Lang, Trost, Martin et Léger, ont signalé des cas de canal excréteur double, dont les orifices étaient séparés par une distance de 5 à 6 millimètres.

Dans une observation de Trost, il existait un canal accessoire long de 2 centimètres, s'ouvrant à la face interne de la petite lèvre sous un repli semi-lunaire, à 3 centimètres en dehors et au-dessus de l'orifice principal.

Aux glandes vulvo-vaginales, nous devons rattacher une série de follicules glandulaires, décrits par Robert et par Huguier.

Ils forment quatre groupes :

1° Les *follicules vestibulaires*, qu'Haller appelait *valvulae lacunae superiores*, siègent au niveau du vestibule. Au nombre de 7 à 8, ils sont très petits, peu profonds, simples, à direction variable.

2° Les *follicules uréthraux*, en nombre moins considérables sont plus intéressants ; ils s'ouvrent à la surface du tubercule médian qui limite inférieurement l'ouverture du méat urinaire.

Parallèles à l'urèthre, ils sont placés sous la muqueuse

de ce canal ou dans l'épaisseur de son tissu spongieux. Ils sont volumineux et quelques-uns pénètrent dans la profondeur. De Graaf et Morgagni les appelaient prostate de la femme.

3° Les *follicules uréthro-latéraux* sont placés sur les côtés du méat urinaire ; ils sont petits et profonds.

4° Les *follicules latéraux de l'entrée du vagin* sont situés latéralement de chaque côté de l'entrée du vagin, dans le sillon formé par la muqueuse vulvaire et par l'hymen ou ses débris. Très nombreux, ce sont les plus intéressants.

Les artères de la glande de Bartholin proviennent de l'artère honteuse soit directement, soit par l'intermédiaire de l'artère bulbeuse et de l'artère clitoridienne.

Quant aux veines, elles forment des plexus qui aboutissent aux veines honteuses, aux plexus veineux du vagin et du bulbe.

Tous ces vaisseaux, sans être volumineux sont nombreux et plus ou moins anastomosés, aussi ne doit-on pas être étonné de l'écoulement sanguin assez abondant que l'on observe lors de l'extirpation de la glande.

Les filets nerveux destinés à la glande de Bartholin proviennent du nerf honteux interne par sa branche périnéale.

Enfin, les lymphatiques se rendent aux ganglions situés de chaque côté du rectum.

5^e STRUCTURE

Au point de vue histologique, les glandes de Bartholin sont des glandes en grappe et, par conséquent, formées de lobus et d'acinis.

Ces lobules sont disséminés dans un stroma conjonctif très développé mêlé de fibres lisses et même de quelques fibres striées dépendant du constricteur. Cette gangue conjonctive entoure la glande et se continue avec le tissu cellulaire voisin.

La disposition des acinis n'est pas constante ; tantôt réunis les uns aux autres, ils sont souvent dispersés dans le tissu cellulaire et alors plus difficiles à trouver.

Les culs-de-sac glandulaires sont continués par conduits rétrécis très courts qui s'ouvrent dans des cavités du sinus. De chaque sinus s'échappe un canal excréteur ; tous ces courants aboutissent à un conduit commun cylindrique, quelquefois renflé en ampoule.

L'épithélium qui tapisse les acinis est un épithélium caliciforme ressemblant à celui qui tapisse les glandes du col de l'utérus.

L'épithélium des sinus est cubique, celui des conduits excréteurs est cylindrique. Sur le canal excréteur commun, on trouve plusieurs couches de cellules cylindriques qui vers la terminaison de ce conduit sont remplacées par des cellules pavimenteuses.

Telle est la description qu'on a donnée de Sinéty.

D'après Kœlliker, les acinis auraient la forme de massues et seraient recouvertes d'un épithélium pavi-

menteux qui sur les conduits excréteurs deviendrait cylindrique.

Langerhaus décrit sur les acinis un épithélium à cellules cylindriques allongées et renflées à leur base. Le tiers inférieur de la cellule contenant le noyau est clair, tandis que le reste est granuleux. Les cellules des sinus sont cylindriques, courtes avec un noyau au centre, elles sont granuleuses. De petites cellules allongées cylindriques tapissent les conduits excréteurs.

Heule et Huguier ont décrit une membrane propre formée de fibres élastiques et musculaires et qu'on retrouve au niveau des culs-de-sac et des canaux.

Dujon dit n'avoir pas retrouvé cette membrane sur ses coupes.

Kuljabko (1889), dit que l'épithélium de la glande varie suivant que celle-ci est à l'état de repos ou d'activité. Dans le premier cas, l'épithélium sécréteur serait plus haut que celui du canal excréteur; dans le second, au contraire, il serait plus bas. De plus, d'après le même auteur, les glandes vulvo-vaginales renfermeraient chez le rat de véritables croissants de Gianuzzi.

6° PHYSIOLOGIE

Les glandes vulvo-vaginales sont des glandes génitales, aussi ne fonctionnent-elles qu'à partir de la puberté et pendant toute la période d'activité génitale.

Leur fonctionnement est nettement lié à celui des ovaires, et l'on a remarqué leur atrophie après ablation des annexes.

Le liquide qu'elles secrètent est épais, filant, onctueux au toucher, clair, il est semblable au mucus; il est neutre ou alcalin.

Ce liquide est sécrété d'une façon continue, mais en petite quantité, est destiné à conserver l'humidité, de la muqueuse vulvaire. La sécrétion de ce liquide est augmentée dans deux conditions : au moment des rapports sexuels ou seulement d'excitations génésiques, et au moment des règles.

L'excrétion de ce liquide se fait soit en bavant, par la vis à tergo, soit par jets, par véritable éjaculation due à la contraction des muscles transverse du périnée et constricteur du vagin.

En somme donc, la seule fonction que possède la glande vulvo-vaginale, est de sécréter un liquide qui a pour but de lubrifier la muqueuse vulvaire.

Ce liquide ne sert pas de véhicule au sperme comme le pensait Tiedmann, ni ne facilite les glissements du fœtus pendant l'accouchement comme le pensait Brücke.



24	.	.	.	.	.	.	.	1
25	.	.	.	.	.	.	.	2
26	.	.	.	.	.	.	.	1
28	.	.	.	.	.	.	.	1
31	.	.	.	.	.	.	.	1
44	.	.	.	.	.	.	.	1
15	.	.	.	.	.	.	.	2

Age des malades. — Fréquence des bartholinites.

17	.	.	.	.	.	.	.	16
18	.	.	.	.	.	.	.	22
19	.	.	.	.	.	.	.	17
20	.	.	.	.	.	.	.	23
21	.	.	.	.	.	.	.	16
22	.	.	.	.	.	.	.	14
23	.	.	.	.	.	.	.	12
24	.	.	.	.	.	.	.	8
25	.	.	.	.	.	.	.	6
26	.	.	.	.	.	.	.	4
27	.	.	.	.	.	.	.	5
28	.	.	.	.	.	.	.	5
29	.	.	.	.	.	.	.	1
32	.	.	.	.	.	.	.	1
33	.	.	.	.	.	.	.	1
34	.	.	.	.	.	.	.	1
36	.	.	.	.	.	.	.	2
38	.	.	.	.	.	.	.	2
43	.	.	.	.	.	.	.	1
47	.	.	.	.	.	.	.	1
49	.	.	.	.	.	.	.	1

Dans nos huit observations personnelles, une malade avait 17 ans, trois 18 ans, une 20 ans, deux 21 ans, une 25 ans.

b) Certains auteurs, Huguier surtout, ont insisté sur l'importance des *professions* dans l'étiologie de la bartholinite. Pour Huguier, étaient surtout prédisposées, les femmes qui faisaient des travaux pénibles et celles qui travaillaient assises. Différentes statistiques, de Neumann, Kœstle, Dujon, montrent qu'on rencontre cette maladie un peu dans toutes les professions.

Personnellement nous l'avons observée dans diverses professions; aussi ne croyons-nous pas qu'il faille faire jouer un rôle important à la profession des malades; d'ailleurs la plupart des statistiques données portent sur des malades d'hôpital qui très souvent se donnent une profession quelconque alors que souvent elles n'en ont pas, ou qu'elles en ont une qu'elles ne veulent pas avouer. D'ailleurs, maintenant qu'on l'on sait que cette affection est presque toujours d'origine gonococcique et que la blennorrhagie s'observe un peu dans tous les milieux il est évident que la bartholinite s'y trouvera également.

Tout ce que l'on peut dire c'est qu'elle est plus fréquente chez les femmes qui ne se soignent pas.

c). On a également incriminé le *tempérament lymphatique*; la bartholinite serait plus fréquente chez les blondes; c'est un élément dont on ne peut tenir grand compte.

d). Il en est de même de l'influence des *saisons*; Huguier en effet prétendait que cette affection s'observait surtout au *printemps* et en *été*.

e). Les *traumatismes* auraient une certaine part dans l'étiologie de la bartholinite, tels, l'onanisme, les tenta-

tives de viol, les coïts répétés, les accouchements, les chutes. Daris rapporte l'observation d'une malade qui eut un abcès de la glande de Bartholin à la suite d'une chute à califourchon sur le dos d'une chaise.

Le siège de la bartholinite est ordinairement unilatéral; les observations de bartolinite double sont rares nous en rapportons une (obs. III). Beaucoup d'auteurs ont admis que le siège de prédilection était le côté gauche.

Quelques-uns mêmes en ont donné des explications curieuses dans le détail desquelles nous ne pouvons entrer.

En réalité l'abcès peut siéger à gauche ou à droite, il suffit pour s'en convaincre de jeter un coup d'œil sur quelques statistiques :

		droite	gauche	
<i>Barensprung</i>	17 cas :	10	7	
<i>Berg</i>	10 »	7	3	
<i>Arning</i>	8 »	6	2	
<i>Neumann</i>	208 »	88	118	2 doubles
<i>Kæstle</i> (stat. de sa clin.)	15 »	10	5	
<i>Kæstle</i> (stat. pers.)	44 »	18	15	15 doubles
<i>Salmon</i>	8 »	2	6	
<i>Dujou</i>	15 »	8	7	
<i>Statistique personnelle</i>	8 »	4	3	1 double

2° Cause déterminante. La seule est l'infection dont nous devons étudier les agents et les voies.

Ce chapitre de l'histoire des bartholinites est tout récent, nous en emprunterons les divers éléments à la thèse Hallé, n'ayant pas fait d'études personnelles sur ce point.

C'est Neisser qui le premier en 1879 trouva le gonocoque dans le pus des bartholinites ; ses recherches furent continuées par Wertheim, Bumm, Witte, Sænger et Finger.

Veillon le premier en 1893 signala des microbes anaérobies dans le pus des bartholinites : Menge en 77 étudia la bactériologie de cette affection sans s'occuper des anaérobies.

La même année Dujon étudia le contenu bactérien des abcès de la glande de Bartholin ; sur 14 bartholinites aiguës il a trouvé les résultats suivants :

Dans 8 cas, la glande était prise pour la première fois :

Gonocoque	5 fois
» et staphylocôque doré	1 »
» » blanc	1 »
Staphylocoque blanc	1 »

Dans 6 cas de bartholinite récidivée :

Gonocoque	2 fois
Streptocoque	2 »
Bact. coli et staphylocoque blanc	1 »
Streptocoque associé à un bacille anaérobie	1 »

Hallé a examiné bactériologiquement le pus de 18 bartholinites non encore ouvertes ni spontanément, ni chirurgicalement ; les microbes qu'il a isolé le plus fréquemment sont par ordre de fréquence :

Microbes Aérobie		Microbes Anaérobies	
Gonocoque de Neisser	10 fois	Bacillus fundibuliformis	8 fois
Petite bacille aérobie	5 »	Coccus de Veillon	6 »
Staphylococcus épidermitis albus	1 »	Bacillus nebulosus	3 »
		Bacillus caducus	1 »

Résumé de l'examen bactériologique de

N ^{os}	Nom	1 ^{er} abcès ou récidive	Début des accidents	Aspect du pus	Caractère de fétidité
1	Marguerite S...	1 ^{er} abcès	8 jours	Epais blanchâtre	Pas fétide
2	Pauline X. .	1 ^{er} abcès	6 jours	Pus mêlé de sang.	Non odorant
3	Hélène R...	1 ^{er} abcès	Induration ancienne. Etataig.réc.	Pus fétide, san- guinolent.	Fétide
4	Camille D...	1 ^{er} abcès	Date de 1m.	Pus blanc. épais	Non fétide
5	Marie Cav...	1 ^{er} abcès	3 jours	Pus sanguinol.	Non fétide
6	Germaine P...	1 ^{er} abcès (ouvert au dehors se vid.p.pres.	?	Pus blanchâtre	Non fétide
7	Anna R...	1 ^{er} abcès	8 jours	Pus sanguinol.	Un peu fétide
8	Fernande C...	1 ^{er} abcès	Le jour	Pus verdâtre	Très fétide
9	Marg. Dap...	1 ^{er} abcès	3 semaines	Pus épais blanc.	Pas fétide
10	Marie P...	2 ^e abcès	15 jours	Sanie sanguinol.	Fétide
11	Cécile B...	2 ^e abcès	10 jours	Pus verdâtre.	Non fétide
12	Bru...	1 ^{er} abcès (nov. 96, cô- té gauche).	8 jours	Pus épais verdât.	Un peu fétide
13	Bru... (même malade).	2 ^e abcès (juin 98, cô- té gauche).	10 jours	Pus mêlé de sang.	Pas fétide
14	Estelle Mah...	4 ^e récidity	Quelq.jours	Couleur saumon	Pas tr. fétide
15	Sylvia H...	1 ^{er} abcès	4 jours	Pus verdâtre	Un peu fétide
16	Augry...	1 ^{er} abcès	3 jours	Très fluide	Fétide
17	Pas...	1 ^{er} abcès	Quelq.jours	Pus sanguinol.	Fétide.
18	Anne-Marie	1 ^{er} abcès kystique très ancien.		Liquide chocolat gras.	Non fétide

Recherches de bartholinite (In thèse de Hallé)

Examen sur lamelles	Cultures		Proportion des aérobies et des anaérobies	Etat du vagin
	Microbes aérobies	Microbes anaérobies		
Rares cocci	Gonocoque	0	Aérobies seuls	Vaginite ma- nifeste
Rares cocci	Gonocoque	0	Aérobies seuls	Vaginite et urétr. blen.
Organis. varié	Pet. bac. gonoc.	Bacille fundi- buliformis	Anaérobies très prédom.	Traces de vaginite
Rares cocci.	Gonocoque	0	Aérobies seuls	Blennorrhagie antér.
Rares cocci.	Gonocoque	0	Aérobies seuls	Vaginite cer- taine.
Rares cocci.	Gonocoque	Bacille nebulosus.	Anaérobies en petit nombre	Vaginite ble- nnorrhag.
Organism. var.	Gonocoque	Micrococcus fétidus. Bacil- lus fundulif.	Anaérobies en très grand nombre.	Vaginite ble- nnorrhag.
Organism. var.	Staphiloc. epid. all. petit bac.	Bacillus fun- duliformis	Anaérobies en grand nombre	Métrite an- cienne.
Organ. p. abond.	Ce pus n'a pas donné de colo- nies en culture. Il n'avait été ensemencé qu'au bout de 24 h.		Pas d'aérobies	Blennorrhag- antérieure
Rares bacilles diffic. à color.	0	Bacillus fundu- liformis.	Rares anaéro- bies.	Blennorrhagie antér.
Rares cocci	Gonocoque	Bacil. fundulif. Micro. fét.	Très rares aé- robies	Vaginite in- terne.
Rares nombreux organismes	Petit bacille, pe- tite quantité.	Micrococcus fé- tidus. Bacille fundulifor.	Pas d'aérobies	Blennorrhag. antér.
Organismes va- riés abond.	0	Micrococcus fétidus. Bacil- lus fundulif.	Quantité con- sidérable d'a- naérobies.	Pas de signe de blenn. Blennorrhagie antér.
Très rares cocc. quelq. bact. petit bacille (abondant). Organism. très variés.	Gonocoq. Pet. qt. Pet. bacille	Micrococcus fétidus fund l	Beaucoup d'a- naérobies.	Pas de signes de blenn.
Bact. (pet. qt.) pas de cocci. Pas d'organis.	Quelques petits bacil. abond. Pt. bacille (rar.) Gonocoque	Bacillus nebu- losus. Micrococcus fétid. (esp. n. isol) Bacil. fundulif.	Quelques aéro- bies. Beaucoup d'a- naérobies. Peu d'aérobies	Blennorrhagie antér. Pas trace de blen. act. Blen. act.
	0	0	0	0

De ces recherches on arrive aux conclusions suivantes : « Dans les bartholiniïtes à pus simple on trouve le gonocoque.

Dans les bartholiniïtes à contenu fétide, on trouve toujours des germes anaérobies.

Ces germes peuvent exister seuls dans le pus, ou associés à d'autres espèces aérobies, le gonocoque de Neisser le plus souvent.

La fétidité des bartholiniïtes est due à la présence des germes anaérobies.

Les espèces anaérobies trouvées dans le pus des bartholiniïtes sont identiques à celles que l'on peut isoler du vagin de la femme à l'état sain. Nous n'avons pu mieux faire que de donner ci-devant le tableau dans lequel Hallé a résumé les principaux traits de ses 18 observations.

En résumé, on peut donc dire que dans la majorité des cas la bartholiniïte est d'origine blennorragique, mais comment s'infecte la glande ? Le seul mode d'infection admis est la voie ascendante ; l'inflammation vulvaire s'étend au conduit excréteur et gagne la glande elle-même.

L'infection par voie sanguine ou lymphatique n'est pas admise.

Hallé admet que, dans le cas où l'on trouve les microbes anaérobies du vagin qui donnent au pus son caractère de fétidité, la glande est déjà malade et a été atteinte antérieurement par la blennorrhagie.

2° ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Touton le premier en 1893 étudia l'anatomie pathologique des bartholinites ; cet auteur a décrit une prolifération épithéliale très marquée du conduit excréteur dans lequel il a trouvé des gonocoques. Ces derniers d'après lui, n'existeraient que dans la partie tapissée par un épithélium pavimenteux.

Deux ans plus tard Leblanc donna deux coupes dans lesquelles la lumière du conduit est presque oblitérée par la prolifération des cellules épithéliales.

Dans ces coupes les lobules glandulaires présentent une prolifération de leur épithélium avec infiltration embryonnaire périphérique ; on trouve cependant quelques lobules sains.

Dans l'une des coupes, le conduit est rompu et livre passage à des cellules du pus qui vont former un abcès périglandulaire.

Dujon donna la description complète de deux coupes : « L'épithélium des conduits excréteurs a fortement proliféré ; leur lumière a disparu presque complètement.

Autour de ces conduits existe une infiltration embryonnaire très marquée. Les cellules embryonnaires présentent un gros noyau unique. Il y a peu de grosses cellules à protoplasma clair, à noyau karyokinétique (phagocytes).

Les cellules embryonnaires sont réunies par places de

façon à constituer un cercle plus ou moins régulier (nodule péricanaliculaire).

La disposition qu'on observe au niveau des acinis est très intéressante. Le volume des culs-de-sac est quatre ou cinq fois plus grand qu'à l'état normal. Ce fait tient à la prolifération épithéliale énorme et à l'absence de membrane d'enveloppe, pouvant limiter l'accroissement. Les cellules des culs-de-sac sont énormément tuméfiées, claires, vitreuses.

Quelques-uns de leurs noyaux seulement se colorent. Ces cellules ont subi la dégénérescence fibrineuse ou nécrose de coagulation.

Les acinis reposent au milieu d'un stroma où les phénomènes d'œdème sont très marqués. On voit autour d'eux une infiltration embryonnaire diffuse, moins marquée qu'au niveau des conduits excréteurs, et ne présentant jamais l'aspect de nodules embryonnaires.

Nous n'y avons pas trouvé de microbes : ce qui peut s'expliquer par ce fait que nous avons affaire à une bartholinite vieille où l'on trouve surtout des cellules embryonnaires, mais très peu de phagocytes.

3° ÉTUDE CLINIQUE

Au point de vue clinique l'affection qui nous occupe se présente sous deux formes aiguë ou chronique, cette dernière succédant à la première.

1° Forme aiguë

C'est le plus souvent dans le cours d'une blennorrhagie que débute la bartholinite aiguë. La malade présente depuis quelques jours tous les signes de la gonococcie vulvo-vaginale et uréthrale. Elle accuse depuis huit, dix, quinze jours une cuisson intense à la miction avec pertes abondantes d'abord blanchâtres, puis jaunes, verdâtres tachant et empesant la chemise et qu'on trouve facilement à l'examen. L'examen de la vulve à ce moment montre une rougeur inflammatoire diffuse, plus ou moins intense, douloureuse ; si l'on introduit l'index dans le vagin et qu'on presse en ramenant en avant la paroi inférieure de l'urèthre on fait sourdre une goutte de pus au méat qui est rouge et boursoufflé

La malade ne tarde pas à se plaindre de démangeaisons vulvaires, avec cuisson, pesanteur, douleur. En même temps se développe d'un côté de la vulve une petite tumeur sensible au palper et qui atteint les dimensions d'une noisette environ.

Ces phénomènes restent stationnaires pendant quelques jours, puis vont en augmentant d'intensité en même temps que la tumeur augmente de volume.

La bartholinite est alors constituée et c'est à cette période que son tableau clinique est le plus net.

La douleur est devenue très vive, insupportable, lancinante empêchant le repos de la malade.

Ses irradiations sont multiples vers l'anus, le périnée, l'aîne, la cuisse, la région lombaire. Tous les mouvements l'exaspèrent ; la malade peut à peine marcher, elle

le fait en se courbant en deux et en écartant les jambes, elle a de grandes difficultés pour s'asseoir.

On a noté dans certains cas de la rétention d'urine.

Les symptômes généraux sont habituellement peu marqués, néanmoins on peut observer une élévation thermique assez accentuée 38°, 38°5, rarement 39°.

L'examen de la malade est souvent difficile car elle a peur de la moindre exploration qui même faite doucement exaspère la douleur.

L'inspection de la région vulvaire montre d'un côté le repli vulvaire renflé à sa partie inférieure qui descend plus bas que du côté opposé. Cette tumeur de volume variable est nettement vulvaire car elle se détache de l'ischion et de la région crurale.

La tumeur fait une saillie plus considérable du côté interne, ce que l'on constate facilement en entr'ouvrant la vulve.

On voit alors que la petite lèvre normale en haut est dépliée en bas, il y a disparition du sillon nympholabial.

La muqueuse est rouge, chaude et la tumeur bombant en dedans obstrue plus ou moins complètement l'orifice vaginal. On voit autour de l'orifice du conduit excréteur une aréole rouge (macule gonorrhéique de Scenger).

En dehors la peau des grandes lèvres est un peu repoussée, mais elle ne tient pas à la tumeur, on peut la plisser, tandis que la muqueuse des nymphes adhère à l'abcès.

Le volume de l'abcès présente les plus grandes variabilités, on peut le comparer suivant les cas à celui

d'un œuf de pigeon, d'un œuf de poule, d'une noix, d'une noisette.

La fluctuation ne tarde pas à être très nette, c'est à la face interne de la grande lèvre qu'elle apparaît en premier lieu, pour l'obtenir il suffit de placer l'extrémité de l'index dans le vagin et de presser avec le pouce sur la face externe de la grande lèvre.

L'engorgement des ganglions inguinaux a été noté pour quelques auteurs; Kœstle a rencontré l'adénite inguinale dans 12 cas sur 15 observations; les ganglions dit-il étaient tuméfiés et indolents, dans les $\frac{2}{3}$ des cas ils n'existaient que du côté malade.

Thyry admet également l'existence d'adénite inguinale dans la bartholinite. Dujon ne l'a jamais rencontrée. « Chaque fois, dit-il, que nous avons rencontré des ganglions inguinaux, nous avons affaire à un abcès lymphangitique et non à un abcès de la glande vulvo-vaginale ».

Pour notre part, dans nos huit observations nous n'avons trouvé qu'une fois des ganglions inguinaux indolents (Obs. VII) mais ils ne relevaient vraisemblablement pas de la bartholinite, car la malade était syphilitique.

L'évolution de la bartholinite est différente suivant que l'affection est abandonnée à elle-même ou traitée dès sa période d'état.

Dans le premier cas, comme dans tout abcès le pus cherche à se faire jour au dehors; il y arrive par différentes voies. Parfois la collection purulente s'évacue par le canal excréteur, le pus qui s'en échappe est abon-

dant, épais, jaunâtre, strié de sang, inodore ou quelquefois très fétide.

Mais lorsque cette voie n'est pas suffisante à l'évacuation du pus, celui-ci ne peut se faire jour qu'en dedans du côté de la muqueuse vulvaire, ou en arrière du côté du périnée, car il est arrêté en dehors par les aponevroses.

C'est le plus souvent à la face interne des petites lèvres au-dessous de l'orifice du conduit excréteur, que s'ouvre l'abcès.

La fistule n'est pas unique, il y en a généralement plusieurs présentant un orifice à bord irrégulier, déchiqueté.

Plus rarement la fistule siège sur le périnée (*fistule périnéo-vulvaire*), au niveau des plis rayonnés de l'anus (*fistule ano-vulvaire*), ou sur le trajet du rectum (*fistule recto-vulvaire*).

Les observations en ont été rapportées par Chevalérias, De Amicis, Terrillon, Martin et Léger.

Dans ces cas où l'on n'intervient pas, l'évacuation se fait plus lentement, l'affection dure plus longtemps et l'on observe alors des fistules intarissables, avec destruction plus ou moins complète des petites lèvres.

Si au contraire, dès que l'abcès est bien collecté on intervient chirurgicalement la guérison est beaucoup plus rapide,

Mais il faut toujours compter au moins 15 jours avant que tout soit fini, et c'est le minimum ; le plus souvent ce n'est qu'au bout de 3, 4 semaines, 1 mois et demi ou deux que la bartholinite est complètement guérie.

2° FORME CHRONIQUE

Souvent en effet la forme aiguë ne guérit qu'apparemment, laissant après elle une suppuration chronique.

Cette forme chronique de la bartholinite qui, dans quelques cas, s'établit d'emblée a été bien décrite par Hamonic et par Fauvel comme localisation rebelle de la gonorrhée. Hugnier la désignait sous le nom *d'hyper-sécrétion purulente*.

Il n'y a pour ainsi dire pas de signes inflammatoires, mais on trouve une induration hypertrophique de la glande qui forme une petite tumeur peu douloureuse, mobile, dure.

La rougeur de la petite lèvre qu'on observe, est due à l'irritation provoquée par le contact du pus.

Celui-ci s'échappe soit par le conduit excréteur, soit par les orifices fistuleux, il est séreux, blanchâtre ou jaune verdâtre.

L'importance de cette forme chronique est considérable, car elle constitue le dernier repaire gonocoque et devient une source fréquente de contamination pour l'homme et même pour la femme, car elle peut être le point de départ d'une nouvelle infection ascendante du canal génital sous l'influence d'une cause qui exalte la virulence microbienne (accouchement, avortement, menstruation).

Bonnet disait de cette forme : « Elle est tenace, elle est susceptible de poussées aiguës, de nature à peu près exclusivement spécifique, elle constitue un dernier rem-

part de la blennorrhagie qui a pu disparaître de ses autres localisations et qui rend dangereuse une femme apparemment saine ».

Remarquons enfin que cette forme subit une sorte de poussée aiguë au moment des règles, la glande augmente de volume et devient douloureuse.

Terminons cette étude clinique en disant que Velpeau et Boys de Laury ont admis la transformation possible de la bartholinite en kyste, que nie Bonnet.

La chose ne paraît pas impossible comme le dit Dujon, car un abcès limité au canal excréteur peut laisser après lui une obstruction de ce conduit capable de déterminer la formation d'un kyste de la glande de Bartholin.

Le pronostic de cette affection n'est pas d'une grande gravité, la bartholinite devra néanmoins être traitée avec soin afin d'éviter ces fistules intarissables et la forme chronique qui, comme nous l'avons vu, constitue un danger sérieux de contamination.

4° DIAGNOSTIC

1° Diagnostic positif. — Le diagnostic d'un abcès de la glande de Bartholin est de la plus grande facilité ; il suffit de se rappeler les principaux des signes que nous avons énumérés, tumeur douloureuse fluctuante faisant saillie à la partie interne de la vulve, pour éviter une erreur.

2° Diagnostic différentiel. — Dans quelques cas

cependant le diagnostic est assez délicat et doit être discuté.

a) C'est avec le *phlegmon de la grande lèvre* que l'abcès de la glande vulvo-vaginale pourra être le plus facilement confondu. Mais on se rappellera que ce phlegmon siège surtout à la face externe et cutanée, tandis que la bartholinite fait saillie vers la muqueuse; de plus il n'envahit pas ou à peine la petite lèvre et il s'accompagne d'adénite inguinale.

b) Le *furuncle* de la grande lèvre siège au milieu des poils, il est tégumentaire et non sous-cutané; son aspect acuminé, son évolution spéciale, la présence des ganglions inguinaux en feront faire le diagnostic.

c) Dans la *vulvite folliculaire* on trouve une série de petits abcès disséminés sur la vulve et donnant après ouverture à autant de petites ulcérations, qui la feront facilement reconnaître.

d) L'*herpès vulvaire*, l'*acné vulvaire*, les *kystes sébacés* ont des caractères trop spéciaux pour être confondus avec la bartholinite.

e) L'*œdème de la grande lèvre* qui accompagne le chancre induré de la petite lèvre peut faire songer à la bartholinite. En effet, on trouve la grande lèvre augmentée de volume comme dans l'abcès, la petite lèvre enflammée très rouge. Mais à un examen plus approfondi il est facile de les différencier. La palpation en effet ne permet pas de trouver la fluctuation; de plus, l'ulcération de la petite lèvre présente tous les caractères du chancre induré et l'on trouve des ganglions inguinaux

Dujon cite une observation ou ce diagnostic dût être fait.

Dans certains cas, comme l'a montré Nivet, l'ulcération des petites lèvres dans la bartholinite a pu être prise pour un *chancre induré* ou un *chancre mou*.

Dans le premier cas, les caractères de l'ulcération chancreuse, l'induration, les commémoratifs, enfin l'évolution et l'apparition des accidents secondaires permettront de faire un diagnostic resté jusque-là hésitant.

Dans le second cas, l'inoculation permettra de lever tous les doutes.

f) Les *abcès de la marge de l'anus* se reconnaîtront à leur siège, mais lorsque l'inflammation aura gagné la partie postérieure de la grande lèvre le diagnostic sera plus délicat ; cependant la diffusion de l'inflammation, l'intensité des signes locaux surtout du côté de l'anus feront éliminer la bartholinite.

g) Les *abcès ossifluents* seront reconnus à leur point de départ osseux, de plus ils sont limités et réductibles.

h) Les *kystes de la glande de Bartholin* ne prêtent guère à la confusion, car ce sont des affections non inflammatoires.

i) De même la *hernie inguinale étranglée* qui présente un pédicule sortant du canal inguinal ; elle ne siège jamais au niveau des petites lèvres et possède des symptômes qui la font reconnaître.

j) Nous ne ferons que signaler pour être complet le diagnostic avec l'*hydrocèle de la femme*, l'*épiplocèle* et l'*entérocèle irréductible*, la *hernie de l'ovaire*, car en pratique ces faits se présentent rarement.

3° *Diagnostic de la variété.*—L'abcès peut être localisé au canal excréteur, on le reconnaît alors à une tuméfaction grosse comme une noisette développée dans la petite lèvre. L'abcès s'ouvre et laisse une ulcération qu'on peut confondre avec un chancre. D'après Hamonic cette variété peut devenir chronique, l'orifice du conduit est entouré d'une zone rouge, il est dilaté et infundibuliforme.



V. — TRAITEMENT

Le traitement des bartholinites est exposé dans tous les livres de gynécologie, il a été établi par tous les auteurs qui se sont occupés de cette question, mais partout nous le trouvons résumé en quelques lignes. Nous avons cru à la fois utile et intéressant d'insister un peu plus longuement qu'on ne l'a fait jusqu'ici ; nous passerons donc en revue toutes les méthodes qui ont été préconisées et nous terminerons en indiquant celles que l'on doit employer de préférence.

La division que nous avons suivie au chapitre de l'étude clinique en bartholinite aiguë et chronique a ici plus qu'ailleurs sa raison d'être.

A. *Bartholinite aiguë*

Le traitement sera variable suivant la période à laquelle la malade vient consulter.

a) Si l'on observe la malade au début à la période d'inflammation, avant que la suppuration ne soit établie, on pourra dans certains cas espérer la résolution ; dans ce but, on appliquera sur la tumeur des compresses humides (trempées dans l'eau boriquée, ou simplement dans l'eau bouillie) recouvertes d'une toile imperméable et de coton de façon à obtenir un pansement humide.

Ce pansement sera répété tous les jours, deux fois par jour si cela est nécessaire.

Chaque pansement pourra être précédé d'une pulvérisation antiseptique (eau boricuée, eau phéniquée très faible, ou même eau bouillie).

En plus, on ne négligera pas le traitement de la blennorrhagie qui est encore à sa période aiguë; la désinfection de la vulve et du vagin au moyen d'injections et de lavages au permanganate de potasse, le tamponnement vaginal avec des tampons iodoformés ou salolés, ou imbibés d'une solution de permanganate de potasse seront tout à fait indiqués.

On pourra dans quelques rares cas surtout si l'on agit de bonne heure, obtenir par ce traitement la résolution de la bartholinite qui est ainsi arrêtée dans son évolution et n'arrive pas jusqu'à l'abcès.

D'ailleurs le traitement précoce de la blennorrhagie constitue une sorte de traitement préventif de la bartholinite, car comme nous l'avons vu, la blennorrhagie non soignée est la cause la plus fréquente des abcès de la glande de Bartholin ce qui s'explique facilement, car le pus blennorrhagique baignant constamment la vulve, l'infection ascendante de la glande se produit avec la plus grande facilité.

La bartholinite serait certainement beaucoup moins fréquente si les manifestations de la blennorrhagie vulvite, vaginite, urétrite étaient traitées de bonne heure.

b) Mais il est rare que la bartholinite soit observée tout à fait au début de son évolution; le plus souvent

lorsque les malades viennent consulter la glande est déjà suppurée et l'on trouve une collection fluctuante.

1° L'abcès n'est pas ouvert ; il faut l'ouvrir, mais où doit-on faire l'incision ? Les auteurs sont partagés sur ce point.

L'incision peut être faite au point le plus fluctuant c'est-à-dire à la partie interne des petites lèvres, ou bien à leur partie externe, à l'union de la peau et de la muqueuse, en dedans du bord libre de la grande lèvre. Cette dernière sera préférée, c'est elle que recommandent A. Guérin et Velpeau ; le premier, parce que dans l'incision interne où traverse la partie la plus épaisse de l'aponévrose superficielle [qui s'oppose au recollement des tissus ; le second, « afin d'éviter la stagnation du pus entre les parois de l'abcès, d'éviter aussi l'irritation des bords de l'incision et de la surface purulente mise à nu, soit par le contact des deux grandes lèvres entre elles, soit par l'exsudation d'une matière âcre et ichoreuse qui suinte en pareil cas, soit du vagin, soit de la vulve toute entière ».

Le bistouri sera donc plongé à l'union de la muqueuse et de la peau ; l'incision aura une longueur de 8 à 10 millimètres, plus si cela est nécessaire. Il s'écoule alors un flot de pus et l'on fait sortir le reste par la pression de la glande ; si l'évacuation n'est pas complète, on pourra dans quelques cas débrider avec la sonde cannelée.

Mais la simple incision est le plus souvent insuffisante, elle laisse un trajet fistuleux qui éternise la suppuration.

On a recommandé pour remédier à cet inconvénient,

le drainage de la poche, les cautérisations, le raclage, l'extirpation.

Le drainage au moyen d'un drain en caoutchouc ou d'une mèche de gaze ne suffit pas généralement car il n'empêche pas la persistance des fistules.

Les cautérisations au thermocautère ou avec des liquides caustiques (teinture d'iode, nitrate d'argent, solution de chlorure de zinc au 20°) donneront de meilleurs résultats ; mais les culs-de-sac infectés peuvent ne pas être tous détruits, quelques-uns peuvent rester qui deviendront l'origine de fistules, ou d'une récurrence de l'abcès.

Mieux vaudra faire suivre l'incision d'un raclage à la curette, on aura ainsi plus de chance de détruire tous les points infectés et d'avoir un résultat parfait.

On a aussi proposé après l'incision de faire d'emblée l'extirpation de la glande ; cela nous semble assez difficile, car il faudrait alors disséquer avec les ciseaux toute la surface interne de la poche, ce qui n'est pas facile, et de plus ce résultat est obtenu avec la curette.

Cependant si l'on se trouve en présence d'une bartholinite au début, peu fluctuante, on pourra essayer l'extirpation immédiate que l'on s'efforcera de pratiquer sans ouvrir l'abcès. Mais nous pensons que même dans ce cas il vaut mieux inciser d'abord et pratiquer l'extirpation à froid s'il est permis de s'exprimer ainsi, c'est-à-dire 3, 10, 15 jours après.

Nous croyons donc que l'incision suivie du raclage à la curette est la méthode qui donnera les meilleurs résultats dans la majorité des cas.

On pourra la faire suivre de lavage de la poche avec une solution antiseptique (sublimé, eau phéniquée).

Quelque soit le procédé choisi, on devra appliquer un premier pansement humide isolant bien la région des parties voisines et qu'on renouvellera le lendemain et les jours suivants ; dès le lendemain on pourra le remplacer par un pansement sec.

2° L'abcès est ouvert : dans ce cas l'ouverture siège à la face interne des nymphes, elle est généralement trop petite pour permettre le libre écoulement du pus et le raclage de la poche à la curette comme précédemment ; on devra l'agrandir.

c). Après la disparition des accidents aigus, lorsque la malade semble guérie, qu'il ne reste pas de fistule mais simplement un petit noyau induré plus ou moins volumineux, ce qu'on observe surtout lorsque la bartholinite a été traitée par l'incision simple ; doit-on s'en tenir là et déclarer à la malade qu'elle est complètement guérie ? Nous ne le croyons pas, car dans un temps plus ou moins éloigné, une récurrence peut survenir, ou tout au moins du pus s'écoule encore par le canal excréteur, ce qui comme nous l'avons dit précédemment constitue un danger sérieux de contamination pour l'homme et pour la malade même.

Nous croyons donc que même dans ces cas on ne doit pas hésiter à pratiquer l'*extirpation de la glande* ; nous en décrirons la technique dans un instant.

B. BARTHOLINITES CHRONIQUES.

Elle est caractérisée par la persistance de fistules intarissables, de décollements avec ulcération, enfin d'un noyau induré. Les malades ne souffrent pas ou peu et souvent ne se soignent pas ; c'est le plus souvent une récidive qui les amène au médecin.

La bartholinite chronique tout comme l'aiguë doit être traitée parce qu'elle n'a pas de tendance à la guérison, parce qu'elle expose à des récidives et enfin parce qu'elle est un danger de contamination.

Mais quel traitement doit on lui opposer ?

On a conseillé les caustiques, le raclage des fistules, enfin l'extirpation de la glande. Nous croyons qu'il ne faut pas s'arrêter aux moyens anodins et qu'il faut être plus radical ; le seul traitement de la bartholinite chronique est l'*extirpation*.

Il faut en effet remarquer que lorsqu'on cautérise les trajets fistuleux avec un caustique quelconque ou même lorsqu'on curette ces fistules, on ne s'attaque pas à la cause, on laisse le foyer infecté pour ne détruire que les voies d'écoulement du pus.

Il semble donc logique de commencer par supprimer le foyer, c'est-à-dire la glande ; le seul procédé est l'*extirpation*.

C'est une opération simple que tout médecin peut pratiquer et qui faite suivant toutes les règles de l'antisepsie ou de l'asepsie est de la plus grande bénignité et donne d'excellents résultats.

Nous décrirons cette opération qui reste en somme le seul traitement des bartholinites chroniques, et des bartholinites aiguës après la disparition des accidents aigus, nous n'hésiterons pas à entrer dans des détails même élémentaires qui sont une des conditions du succès.

Il est banal de dire que l'opération aura d'autant plus de chance de succès qu'elle sera pratiquée avec plus de précautions antiseptiques ; rien n'est plus exact cependant pour le cas particulier, car la désinfection des voies génitales et surtout des fistules n'est pas toujours facile.

Aussi, sera-t-il prudent pendant les jours qui précéderont l'opération de faire prendre des injections antiseptiques (sublimé à 1/2000^e, permanganate de potasse au 2,000^e ou au 3,000), et même de faire du tamponnement vaginal.

On pourra en même temps cautériser les trajets fistuleux à la teinture d'iode, avec une solution de nitrate d'argent ou de chlorure de zinc.

Les instruments nécessaires pour pratiquer l'extirpation de la glande de Bartholin sont peu nombreux ; une sonde de femme, un bistouri, une pince à disséquer, des ciseaux droits et courbes, une sonde cannelée, quelques pinces hémostatiques, une aiguille courbe, des catgut et des crins seront suffisants.

L'opération peut à la rigueur être pratiquée à la cocaïne, mais l'anesthésie générale sera préférable dans la plupart des cas, car elle facilite l'opération, que l'on

fait mieux et plus complètement. Suivant ses préférences on donnera le chloroforme ou l'éther.

La malade sera placée dans la position dorso sacrée commune à toutes les opérations à pratiquer sur cette région; on devra la sonder, la raser, et faire la toilette de la vulve et du vagin, comme pour un curetage, c'est-à-dire lavage au savon à l'alcool, à l'éther et au sublimé.

Avant de commencer l'opération on pourra tamponner le vagin avec de la gaze ou des tampons iodoformés.

L'incision longue de 2 à 3 centimètres suivant le volume du noyau à extirper sera faite sur la muqueuse à quelques millimètres en dedans du bord libre de la lèvre et parallèlement à lui.

Deux objections sont à faire à cette incision, les dangers d'infection de la suture après l'opération par les liquides vaginaux, l'incision étant vulvaire; en second lieu le noyau lorsqu'il est adhérent et surtout lorsqu'il y a des fistules, ne permet de laisser comme lambeau interne qu'une portion de la muqueuse très peu épaisse que les crins peuvent déchirer ou qui même peut se sphacéler, de façon à compromettre la réunion des deux lèvres.

C'est pourquoi nous croyons préférable d'inciser plus en dehors, à la limite de la muqueuse et de la peau ou même encore au-delà; on évitera ainsi les inconvénients signalés précédemment et l'extirpation sera tout aussi facile.

L'incision étant faite à une profondeur variable on dissèque les deux lèvres au bistouri ou aux ciseaux cour-

bes, on fait recliner ces deux lèvres avec un écarteur si cela est nécessaire; on saisit la glande et le tissu conjonctif qui l'entoure avec une petite pince à griffes et alors soit avec le doigt, soit avec la sonde cannelée, le bistouri ou les ciseaux courbes on excise tout autour en allant dans la profondeur jusqu'au-delà de l'induration. La région n'est nullement dangereuse, on n'a pas à redouter le voisinage de gros vaisseaux ou de tronc nerveux importants, de sorte que l'on peut opérer en toute sûreté.

Seule la face externe est en rapport avec une petite artère la transverse du périnée que l'on tâchera d'éviter en rasant la glande en dehors.

D'ailleurs si on la sectionne on en sera quitte pour la pincer.

Mais il faut bien savoir, et nous l'avons fait remarquer au chapitre anatomique, que la région est très vasculaire, aussi ne devra-t-on pas s'étonner d'un écoulement sanguin assez abondant, écoulement qui se fait en nappe et cède le plus souvent du moins en partie à un simple tamponnement sans que l'on soit obligé de faire de ligatures. Dans certains cas cependant, lorsque l'on voit un vaisseau qui saigne on pourra le pincer et le lier; et encore cela n'est pas nécessaire si l'on fait une suture à plusieurs étages.

En effet la suture peut être faite de deux façons: ou bien la plaie ayant été lavée à l'eau phéniquée forte, on tamponne la cavité avec de la gaze que l'on fait sortir à la partie inférieure et l'on suture les lèvres au crin de Florence. On enlève la gaze le lendemain et la réunion

se fait habituellement sans incidents; ou bien on peut tenter la réunion immédiate par sutures au catgut à étages superposés, ceci surtout dans les bartholinites chroniques avec écoulement fistuleux.

Pour cela on fait un premier plan de sutures profondes au catgut soit en surjet, soit par points séparés; un second et même un troisième étage de sutures sont faits au-dessous, et enfin les lèvres de la plaie sont suturées au crin de Florence.

Si l'on ne veut pas laisser de fils perdus, on peut remplacer les catgut par des crins que l'on fait ressortir en dehors à 1 centimètre de la lèvre externe et que l'on noue sur une petite mèche de gaze. Ces crins sont enlevés au bout 6 à 8 jours, de sorte qu'on ne laisse aucun fil. Ce procédé de suture sans fils perdus qu'on applique à de nombreuses opérations pourra être employé ici avec avantage.

Lorsque les sutures sont faites, on place une mèche de gaze entre les lèvres, on laisse les tampons dans le vagin, on applique un carré de gaze iodoformée au niveau de la plaie; le tout est recouvert par une couche de coton et maintenu par un bandage en T.

Tout n'est pas fini avec l'opération, les soins consécutifs sont très importants, ils ont pour but d'éviter l'infection de la plaie pour les liquides vaginaux. Pour cela on devra renouveler le pansement tous les jours ou tous les deux jours, et changer la gaze à chaque fois. On devra aussi s'efforcer d'éviter le contact de l'urine avec la plaie; pour cela on n'aura qu'à sonder la malade pendant quelques jours.

Les crins seront enlevés au bout de 5, 6, 8 jours, suivant les cas, et l'on aura un résultat parfait si l'opération a été faite suivant les règles que nous venons d'énoncer.

Il n'est pas rare de voir suppurer un ou deux fils superficiels, mais la suppuration cédera rapidement à des pansements antiseptiques et à des cautérisations à la teinture d'iode.

Dans les cas de bartholinite double, on pourra extirper les deux glandes en une seule séance ou en deux séances séparées par un intervalle plus ou moins long ; généralement on n'extirpera la seconde qu'après guérison de la première.

Dans une de nos observations (obs. III) les deux glandes ont été extirpées le même jour et avec un bon résultat.

La grossesse est-elle une contre-indication à l'extirpation de la glande de Bartholin ?

Certes non, et l'on ne doit pas hésiter à opérer, car l'abcès peut être une source d'infection dangereuse au moment du travail et de l'accouchement. D'ailleurs, on sait que les opérations portant sur cette région pendant la grossesse n'ont aucune gravité. C'est ainsi que Bonnet opéra une femme enceinte de trois mois d'une bartholinite double ; l'opération ne présenta rien de spécial et la grossesse suivit son cours.

L'extirpation sera donc la méthode de choix dans le traitement des bartholinites chroniques et des bartholinites aiguës, 15 ou 20 jours après la disparition des phénomènes inflammatoires.

Cette méthode est d'autant plus précieuse qu'elle est applicable à tous les cas et à la portée de tous les praticiens.



CONCLUSIONS

1° Comme l'ont montré les travaux de Dujon, Veillon et surtout de Hallé, les bartholinites sont dans la grande majorité des cas, dues au gonocoque, que l'on trouve seul dans les bartholinites aiguës (1^{re} crise), associé à d'autres germes dans les bartholinites chroniques, et dans les bartholinites aiguës ouvertes spontanément. Dans les bartholinites à pus fétide, on trouve toujours des anaérobies.

2° Le mode d'infection unique est la voie ascendante par le conduit excréteur de la glande.

3° Cliniquement cette affection présente un ensemble de symptômes qui permettent de la reconnaître facilement; les affections qui pourront le plus la simuler sont : le furoncle et le phlegmon de la grande lèvre, et l'œdème de cette lèvre symptomatique d'un chancre induré.

4° Le pronostic n'est pas d'une grande gravité, il est sérieux cependant, car l'affection passe à l'état chronique et la bartholinite chronique est une source de contamination fréquente et souvent inexpiquée.

Le traitement a donc une grande importance, c'est pourquoi nous y avons insisté longuement.

A. Dans la bartholinite aiguë :

a) Tenter d'obtenir la résolution si on l'observe tout à fait au début.

b) Quand il y a suppuration, on aura recours à l'incision suivie de raclage de la poche et de drainage.

B. Dans la bartholinite chronique :

Les cautérisations et curetage des trajets fistuleux sont insuffisants, car ils ne suppriment pas le foyer.

L'*extirpation* reste le seul mode de traitement ; elle sera pratiquée sous le chloroforme et l'on tentera la réunion par première intention en faisant un ou plusieurs plans de sutures profondes :

Au catgut, si fils perdus ;

Au crin, si l'on ne veut pas laisser de fils ; et un plan superficiel au crin de Florence. On devra surveiller attentivement le pansement, afin d'éviter l'infection de la plaie par les liquides vaginaux.

Enfin, on ne devra pas hésiter à extirper une bartholinite chez la femme enceinte, la grossesse n'est pas une contre-indication.

OBSERVATION I (personnelle)

Bartholinite aiguë gauche. — 1^{re} crise. — Incision et drainage. — Extirpation 15 jours après. — Guérison

M..., 18 ans, couturière ; n'a jamais fait aucune maladie, a toujours été bien réglée depuis l'âge de 13 ans et demi ; n'a jamais eu de pertes blanches.

Il y a 10 jours, a commencé à perdre en blanc assez abondamment en même temps qu'elle ressentait des picotements et des démangeaisons vulvaires ; les jours suivants, les pertes deviennent jaunâtres puis verdâtres, la malade a des douleurs très vives à la miction qui devient fréquente.

Il y a quatre jours, elle ressent des douleurs plus aiguës à gauche ; puis apparaît une petite tumeur qui a grossi chaque jour et l'a décidée à venir consulter.

Au premier examen le 6 mars 98, on note à l'examen de la région une tuméfaction douloureuse de la grande lèvre gauche, présentant une fluctuation très nette à sa partie interne. Vulvo-vaginite et urétrite intense, avec écoulement verdâtre abondant.

Pas de ganglions inguinaux.

La malade entre le même jour à l'hôpital Broca, salle Astruc, n° 12.

Désinfection de la vulve et du vagin et incision à l'union de la muqueuse et de la peau. Ecoulement d'une assez grande quantité de pus dans lequel l'examen microscopique fait trouver du gonocoque.

La poche est lavée au sublimé et drainée avec une mèche de gaze qui est remplacée journellement.

Il s'écoule encore du pus pendant quelques jours, puis la fistule se ferme. Il reste alors une petite tumeur dure, à peine douloureuse, qui ne diminue pas de volume.

On attend pendant quelques jours, pendant lesquels on traite la hémorrhagie et, le 21 mars, on extirpe la glande. La plaie est saturée au crin de Florence et on laisse une mèche de gaze iodoformée. Cette mèche est retirée le lendemain et la réunion se fait parfaitement.

Les fils sont enlevés le 7^e jour ; le plus inférieur a suppuré et il reste à son niveau une petite ulcération qui cède rapidement à des attouchements iodés.

La malade quitte l'hôpital le 4 avril, guérie de sa bartholinite et de sa blennorrhagie.

OBSERVATION II (personnelle)

Bartholinite aiguë gauche. — 2^e crise. — Incision suivie de cautérisation. — Extirpation un mois après. — Guérison.

Blanche M..., modiste, 20 ans, entre à l'hôpital Broca le 11 mars 1898, pour une bartholinite gauche du volume d'un œuf. Elle a déjà eu une première crise il y a environ un mois et demi, l'abcès s'est ouvert et l'on voit encore les traces d'une fistule.

L'écoulement s'était tari depuis déjà quelques jours, lorsque le 4 mars la malade a ses règles qui ne présentent rien d'anormal ; cependant, vers les derniers jours, c'est-à-dire vers le 7 ou 8, la malade ressent une douleur au niveau de grande lèvre gauche qui augmente de volume. La tuméfaction n'a fait que s'accroître. Aussi, la malade souffran

beaucoup et ne voyant pas son abcès s'ouvrir comme la première fois, se décide à entrer à l'hôpital.

L'examen fait reconnaître une bartholinite aiguë très nette, fluctuante ; il n'y a pas de blennorrhagie actuelle, mais la malade a des pertes blanches abondantes, et l'examen de l'utérus qui est en rétroversion assez marquée fait reconnaître une métrite du col assez intense ; celui-ci est déchiqueté, ulcéré et laisse passer un bouchon glaireux très épais.

La tumeur est incisée, puis on fait un lavage de la poche au sublimé ; on la cautérise ensuite avec une solution de chlorure de zinc au 20°. Le trajet est drainé pendant quelques jours, et le 17 mars il ne persiste qu'une petite induration un peu sensible.

On conseille à la malade de se laisser opérer, la prévenant que l'abcès pouvait récidiver une troisième fois, mais ne souffrant plus elle refuse toute intervention et quitte l'hôpital.

Mais la malade revient à la fin d'avril se faire examiner et demander s'il est possible qu'elle ait pu contaminer quelqu'un. On lui répond que cela est même sûr, car elle a toujours de la métrite et l'on voit sourdre du pus au niveau de la glande gauche par une petite fistulette qui persiste.

On persuade la malade de la nécessité d'une intervention, car on sent au niveau de la bartholinite ancienne un noyau du volume d'une grosse bille.

Le 2 mai, la malade est chloroformée, on incise sur la partie externe de la grande lèvre et la petite tumeur est extirpée avec la plus grande facilité. La plaie saigne beaucoup ; on lave à l'eau phéniquée forte, on tamponne quelques instants et l'on suture ensuite les tissus de la façon suivante :

Deux points au catgut réunissent les parties profondes

Au-dessus on fait un second plan de sutures avec un surjet de catgut et enfin les deux lèvres de la plaie sont suturées au crin de Florence. On applique un pansement et l'on tamponne le vagin en laissant une mèche de gaze entre les petites lèvres.

— Le pansement est renouvelé 48 heures après, afin de faire la toilette de la vulve, la plaie a très bon aspect.

Le 10 mai, les fils sont enlevés, aucun n'a suppuré et le résultat est parfait.

La malade quitte l'hôpital dix jours après tout à fait guérie.

OBSERVATION III (personnelle)

Bartholinite aiguë double à gonocoque. — 1^{re} crise. — Incision simple. — Extirpation double 15 jours après. — Guérison.

Berthe T..., 18 ans, fleuriste, entre à l'hôpital Broca, salle Wan Swieten, n° 26, le 10 avril 1898.

A eu un chancre, il y a deux ans, s'est soignée de bonne heure et n'a eu comme accidents secondaires que la roséole et quelques plaques muqueuses. Actuellement, on ne trouve aucune trace de syphilis.

La malade entre pour des « grosseurs qu'elle a à la vulve et qui la font beaucoup souffrir » ; l'examen révèle, en effet, de chaque côté au niveau de la grande lèvre, une tumeur du volume d'un œuf de pigeon à gauche, plus volumineuse à droite ; cette dernière nettement fluctuante et prête à s'ouvrir au niveau de la muqueuse. La tumeur gauche est moins nettement fluctuante, mais il y a certainement du pus.

Il n'y a dans l'aîne que des ganglions nombreux, mais petits, non douloureux.

On note en même temps une blennorrhagie intense, il s'échappe de la vulve un liquide jaune verdâtre, les lèvres sont enflammées; la pression de la partie inférieure de l'urèthre permet de faire sourdre une gouttelette de pus; la malade accuse d'ailleurs une violente cuisson à la miction.

L'examen de l'utérus et des annexes ne révèle rien de bien spécial, si ce n'est un peu de métrite cervicale.

Le 11 avril, les deux abcès sont incisés et drainés avec une mèche de gaze; l'examen du pus permet d'y déceler du gonocoque.

Le pansement est renouvelé tous les jours, et le 20 avril, tout écoulement est tari, mais il reste de chaque côté une induration assez volumineuse, un peu sensible; la pression du canal excréteur fait sortir un liquide purulent, surtout à droite. L'induration persiste les jours suivants, on décide la malade à une intervention. Notons qu'à ce moment, sa blennorrhagie avait en partie cédé au traitement.

Le 26 avril, la malade est chloroformée et les deux glandes sont extirpées par le procédé que nous avons exposé.

A droite, on fait un plan de sutures profondes au moyen de trois crins de Florence dont on fait passer les deux chefs à travers la lèvre externe de l'incision afin de les nouer au dehors sur une mèche de gaze.

Les lèvres de la plaie sont réunies par des sutures superficielles au crin de Florence.

A gauche, on fait deux plans de sutures profondes au catgut, après avoir lié une petite artériole qui donnait, et un plan de sutures superficielles au crin de Florence.

Le vagin est tamponné avec de la gaze dont on laisse un chef entre les lèvres de la vulve; la malade est pansée avec de la gaze iodoformée recouverte de coton hydrophile et

maintenue par un bandage en T. Afin d'éviter la souillure du pansement, la malade est sondée pendant les deux jours qui suivent l'opération.

Le lendemain et les jours suivants, elle accuse de la douleur à gauche ; on trouve, en effet, au niveau de la grande lèvre, un gonflement assez volumineux, douloureux, qui n'est autre qu'un hématome comme les suites le montrèrent.

Huit jours après les fils sont enlevés, aucun n'a suppuré, mais l'hématome persiste à gauche, mais diminue peu à peu. Remarquons qu'à droite on n'a pas laissé de fils perdus.

Le 18 mai, la malade quitte le service bien guérie, il ne reste pas trace d'hématome ni d'induration.

OBSERVATION IV (personnelle)

Bartholinite aiguë droite 1^{re} crise. Incision suivie de raclage à la curette. Guérison. Récidive un mois après. Extirpation. Guérison.

Louise N..., 25 ans, domestique, entre salle Astruc, le 20 mars 1898.

Réglée à 12 ans, irrégulièrement jusqu'à 16 ans d'une façon régulière depuis.

A eu un enfant à 20 ans.

Il y a environ 2 mois la malade consulta un médecin pour des douleurs à la miction et une sensation de cuisson à la vulve et au vagin avec pertes jaunâtres abondantes. On lui prescrit des injections antiseptiques. Amélioration au bout de quelque temps mais les pertes blanc jaunâtre ont continué.

Il y a 10 jours elle sentit une douleur au niveau de la grande lèvre droite qui les jours suivants augmenta peu à peu de volume; cette tumeur bien douloureuse la gênait pour marcher.

A son entrée, on trouve une tuméfaction du volume d'une noix; en écartant les lèvres on voit que la tuméfaction est beaucoup plus marquée en dedans et du pus s'écoule par un tout petit orifice, insuffisant pour que l'abcès se vide.

On fait une incision au niveau de ce point et l'on procède au raclage de la poche avec la curette, puis on tamponne avec une mèche de gaze.

Huit jours après la malade quitte l'hôpital, guérie; c'est à peine s'il reste un tout petit noyau induré.

La malade revient le 30 avril avec une tuméfaction du volume d'une bille, douloureuse, non fluctuante: il s'écoule du pus par le canal excréteur.

Le lendemain on procède à l'extirpation dans le chloroforme; l'opération est faite avec la plus grande facilité.

Deux plans de sutures, un profond au catgut, un superficiel au crin.

La réunion est immédiate pour les parties profondes, mais les lèvres de la plaie ne se réunissent pas, les fils superficiels suppurent et sont enlevés le 3^e jour.

Des pansements antiseptiques sont appliqués sur la plaie qui ne tarde pas à bourgeonner; elle est cicatrisée 17 jours après l'opération et la malade quitte la salle bien guérie.

OBSERVATION V (personnelle)

Bartholinite chronique gauche après deux crises aiguës.

Fistules. Extirpation. Guérison.

Léonie Mat..., 17 ans, blanchisseuse.

Entre à l'hôpital pour des pertes jaunâtres et une ulcération vulvaire.

Elle a eu 2 mois auparavant une bartholinite qui s'est ouverte et a guéri, mais récidivé 3 semaines après. Après cette récidive il est toujours resté une petite ulcération au niveau de la muqueuse de la petite lèvre; cette ulcération est douloureuse.

Elle paraît résulter de l'union de deux trajets fistuleux par lesquels s'échappe du pus; ces trajets sont assez profonds et aboutissent à une masse indurée.

La malade n'a pas de blennorrhagie actuellement, mais de la métrite assez intense; l'utérus est en antéversion et l'on trouve dans le cul-de-sac vaginal droit une tumeur du volume d'une grosse noix, douloureuse, qui paraît être la trompe.

La glande est extirpée, mais il existe une difficulté pour l'incision qui ne peut être faite en dehors, car la petite lèvre étant ulcérée il ne resterait que peu de tissus pour les sutures. Aussi on incise au niveau de l'ulcération, la glande est enlevée, on fait des sutures profondes et l'on excise la portion ulcérée de chaque lèvre de la plaie qui est suturée au crin.

Le résultat est bon, cependant la petite lèvre a été en grande partie sacrifiée, mais il était à peu près impossible de faire autrement pour obtenir un bon résultat.

OBSERVATION VI (personnelle)

*Bartholinite chronique droite, après une 1^{re} crise aiguë
Extirpation de la glande — guérison.*

M... Cécile.... 21 ans, couturière, entre à l'Hôpital Broca salle Astruc le 13 Mai 1898 pour une tuméfaction de la

grande lèvre droite qui ne la fait pas souffrir, mais la gêne et l'ennuie beaucoup. Cette tumeur est consécutive à un abcès qu'elle a eu à ce niveau il y a six semaines et qu'on a ouvert simplement.

La glande a le volume d'une petite noix, elle n'est pas enflammée, mais il s'écoule un peu de pus par le canal excréteur dont l'orifice est rouge.

Pas de blennorrhagie, rien du côté de l'utérus ni des annexes.

Extirpation le 16 Mai.

Réunion par première intention ; les fils superficiels sont enlevés le 7^e jour et la malade part 15 jours après son entrée tout à fait guérie.

OBSERVATION VII (personnelle)

Bartholinite chronique droite. — Syphilis secondaire.

Extirpation de la glande. — Guérison.

Marguerite Ba.... 21 ans, couturière, entre à Lourcine le 2 Mai 1898 pour une éruption cutanée.

Elle a eu un bouton à la vulve il y a six mois, elle n'en a pas souffert.

Il y a deux mois blennorrhagie et abcès de la glande, vulvo-vaginale droite, ouvert spontanément.

A l'examen de la région vulvaire on trouve quelques plaques muqueuses typiques ; la grande lèvre droite est tuméfiée, insensible et l'on trouve sur la muqueuse en dedans l'orifice d'une toute petite fistule.

Les ganglions inguinaux sont engorgés mais pas douloureux. Sur le corps on trouve une éruption de papules.

Enfin on note quelques plaques muqueuses buccales.

La malade est mise au traitement spécifique qu'elle n'avait pas suivi jusqu'alors.

Le 20 Mai, les accidents spécifiques sont en voie d'amélioration ; on procède alors à l'extirpation de la glande vulvo-vaginale droite par le procédé sus indiqué.

Sutures profondes au crin de Florence que l'on noue en dehors de façon à ne pas laisser de fils perdus.

Les fils superficiels sont enlevés le 8^e jour ; à la partie inférieure reste une petite surface ulcérée qui cède à l'application de pansements antiseptiques et aux attachements à la teinture d'iode.

La malade continue le traitement antisypilitique, mais est débarrassée de sa bartholinite.

• OBSERVATION VIII (personnelle)

Bartholinite aiguë droite. — Incision et drainage.

Extirpation 25 jours après. — Guérison.

Marie S.... blanchisseuse, entre à l'Hôpital Saint-Louis, dans le service de M. C. D^r Richelot, Salle Isolement, lit N^o 8, le 20 Avril 1899.

La malade âgée de 18 ans, a eu dans les premières années de la vie, la rougeole et la scarlatine. A 9 ans, elle a eu une fièvre typhoïde assez grave dont elle a été longue à se remettre. — Régliée à 13 ans, ses règles ont toujours été très régulières jusqu'à l'âge de 16 ans ; à cette époque la malade commençant à travailler a été anémique pendant plusieurs mois ; ces règles étaient très irrégulières, à peine marquées, mais elle avait des pertes blanches abondantes.

Soignée pendant plusieurs mois elle se rétablit parfaitement et depuis, sa santé a toujours été florissante, ses règles sont redevenues très régulières.

La malade a eu pour la première fois des rapports sexuels en Janvier 1899 ; quelques jours après, elle fut prise de douleurs vives, de cuissons intenses au moment de la miction ; en même temps sensation de brûlure à la vulve et pertes abondantes d'abord jaunâtres puis verdâtres, tachant et empesant le linge. La malade consulta un médecin qui lui prescrivit des injections au permanganate de potasse. Ces accidents diminuèrent, mais depuis la malade a des pertes blanches abondantes

Elle entre à l'Hôpital pour une grosseur qu'elle a à la vulve et qui la fait beaucoup souffrir, elle a peine à marcher, et à s'asseoir. Cette grosseur a débuté il y a quatre à cinq jours et a augmenté progressivement.

A l'examen on trouve la grande lèvre droite tuméfiée, enflammée, très douloureuse, la fluctuation est nettement perçue et l'on voit à la partie interne un point blanchâtre ou l'abcès ne tarderait pas à s'ouvrir.

Rien du côté gauche.

Au toucher, l'utérus est petit en légère antéversion, on ne trouve rien du côté des annexes qui sont nullement douloureuses.

Le 20 Avril la bartholinite est ouverte au bistouri ; le pus est exprimé et on lave la cavité avec de l'acide phénique faible, puis on draine avec un tube.

On prescrit des injections au permanganate et l'on applique un pansement.

La bartholinite guérit rapidement et le 26 Avril la malade veut quitter l'hôpital ; on lui fait observer qu'il reste un petit noyau induré du volume d'une noisette, qu'il serait plus sage de l'extirper afin d'éviter toute récurrence ; la malade consent à l'opération. Pendant quelques jours on fait de

l'antisepsie de la région vulvo-vaginale et le 2 Mai, on procède à l'extirpation de la glande de bartholinite.

Incision sur le bord extérieur de la grande lèvre, dissection des deux lèvres de la plaie, isolement de la glande qui est saisie avec une pince à griffes alors qu'avec les ciseaux courbes on la sépare des tissus voisins.

Les plans profonds sont réunis par un plan de suture au crin de Florence, qu'on fait ressortir au niveau de la lèvre extérieure de la plaie.

Réunion des plans superficiels au crin de Florence; pansement à la gaze iodoformée; on tamponne également le vagin avec de la gaze iodoformée.

Les fils sont enlevés huit jours après, réunion par première intention

La malade quitte l'hôpital le 10 Mai parfaitement guérie.

La malade revue un mois après ne présente plus aucun accident du côté de l'appareil génital il reste une toute petite cicatrice au niveau de la grande lèvre droite.



BIBLIOGRAPHIE

- ACKEREN. — Zeitschrift für wissenschaft. Zoologie, 1889, p. 44.
- ALARY. — Thèse de Paris, 1882.
- AUBENAS. — Des tumeurs de la vulve. Th. d'agrég. Strasbourg, 1860.
- BARETTE. — Traitement des abcès vulvo-vaginaux. Revue de clinique et de thérapeutique, 12 mai 1887.
- G. BARTHOLIN. — Diaphragmatis structura nova. Parisiis 1876, p. 106.
- De muliebrum ovariiis, 1867.
- Lettre de G. Bartholin à son père, datée de Florence, 13 septembre 1876. Actes de Copenhague même année, et collection académique, tome VII de la partie étrangère.
- BARTHEZ. — Journ. hebd. des progrès des sciences méd., 1886, t. 2, page 2.
- BERDAL. — Société d'Histologie, 1898.
- BLAUDIN. — Gazette des Hôpitaux, 1847.
- BONNET. — Gaz. des Hôpitaux, 1888, 16 juin.
- BÆRHAAVE. — Traduit par Delametttrie. Traité des maladies vénériennes, 1833, p. 58.
- BOYER. — Path. chirurg., t. 10, p. 386.
- BOYS DE LAURY. — Revue médicale, 1840, t. 4, p. 342.
- BRÉTON. — Thèse de Strasbourg, 1861.
- CHEVALERIAS. — Thèse de Paris, 1880.
- COLIN. — Physiol. comparée des animaux, 2^e édit., t. II, p. 749.
- Recueil de méd. vétérinaire, 1864, p. 267.
- COURTY. — Maladies de l'utérus, 1872.

- COWPER. — Anatomie générale, 1898.
- G. CUVIER. — Anatomie comparée, 1805, 5^e vol.
- DEBIERRÉ. — Manuel d'embryologie, p. 700.
- DE AMICIS DE NAPLES. — J. intern. des Sciences méd., 1880, p. 58.
- DE GRAAF. — De mulierum organis generationi intervenientibus.
- DE SINETY. — Bulletin de la Société de Biologie, 1880.
- DIDIER. — Splanchnologie 1753, t. 1, p. 288.
- DUPLAY et RECLUS. — Société de Chir., t. VIII.
- DUJON. — Thèse de Paris, 1897.
- DUVERNEY. — Œuvres anatomiques, t. II, p. 319.
- FAGUET. — Thèse de Paris, 1837.
- FAUVEL. — Thèse de Paris, 1886.
- FELEGKI. — Pest. med. chir. Press. Budapesth, 1889.
- GARENCEOT. — Splanchnologie, 1753, t. II, p. 53.
- GILIS. — Société d'embryologie.
- GOSSELIN. — Clin. chir. de la Charité, 1873; t. 2, p. 403.
- HALLÉ. — Thèse de Paris, 1898.
- HALLER. — Elementaphysiologica, t. 7, 25^e paragr. de ses Mu'ieb a
- HAMONIC. — Annales de Dermatologie, 1883, p. 427.
- HUGHIER. — Annales des Sc. natur., 1830. Zoologie t. 43, p. 246.
- HUGUENIN. — Thèse de Paris, 1879.
- HUNTER. — Traité de la syphilis, 1786.
- KNOX. — Lond. med. Gaz., t. 23, p. 587.
- KOLLIKER. — Éléments d'histologie humaine, 1836, p. 583.
- LABADIE-LAGRAVE et LEGUET. — Traité de gynécologie, 1808.
- LANG. — Wiener med. Jahrbucher (neue Folge) 1897.
- LAUGERLHAUS. — Arch. de Virchow, 1874, t. 61, p. 208.
- LEBLANC. — Th. de Paris, 1895.
- LEGRAIN. — Th. de Nancy, 1888.
- MARESCHAL. — Th. de Paris, 1873.
- MARTIN et LÉGER. — Arch. générales, janvier 1862, p. 69.
- MORGAGNI. — Adversaria anatomica, n. 1.
- NEUMANN. — Wien. med. Blatter 1888, XI, p. 677.
- NIVET. — Ann. de dermat. et de syphiligr. 1886, 2^e sem. p. 423.

- PLAZONI. — De partibus generationi intervenientibus. Padoue, 1631.
- PALLACESK. — Pěst. med. chir. press., Budapesth 1889, p. 1229.
- QUENU et HARTMANN. — Maladies du rectum, p. 215.
- POZZI. — Traité de Gynécologie, 1897.
- ROLFNIQK. — De humani corporis fabrica. Francfort, 1633.
- ROBERT. — Annales de chir., 1841, p. 130.
- SALMON. — Revue médico-chir., 1854.
- SÉE (Marcel). — Th. Paris, 1896.
- SCENGER. — Annales de Gynécol., 1890, p. 130.
- SPIEGEL. — 1864.
- TAYLOR. — Dublin Journal, 1838, n. 37.
- TESTUT. — Anat. descrip., t. III.
- TIEDMANN. — Heidelberg, 1840.
- TOUTON. — Arch. für Dermat. und Syphilis, 1893, p. 181, t. XXV.
- THIRY. — Arch. de tocologie, 30 juin 1886.
- TROST. — Wiener med. Blätter, 1888, n. 17, p. 517.
- VARAILLON. — Thèse de Paris, 1882.
- VEILLON. — Soc. de biol., 29 juillet 1893.
Archiv. de méd. expérimentale, mai 1896.
- VEILLON et ZUBEN. Soc. de biol.; 6 mars 1898.
Archiv. de méd. expérim., juillet 1898.
- VELPEAU. — Dict. de méd., p. 728.
- VERDIER. — Traité d'anatomie, t. II, p. 155, 1746.
- VIDAL DE CASSIS. — Arch. méd., t. 14, 1836.
Path. externe, 1846, t. V, p. 561.
- VERHEYEN. — Traité d'anatomie, 1727.
- WINSLOW. — Traité d'anatomie, p. 577.



Vu, le Doyen,
BROUARDEL

Vu par le Président de la Thèse,
TILLAUX

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
GRÉARD

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Introduction.	5

I. — ANATOMIE

1° Définition et développement	7
2° Anatomie comparée. Analogie	8
3° Historique	9
4° Description anatomique	12
5° Structure	16
6° Physiologie.	17

II. — PATHOLOGIE

1° Etiologie et Pathogénie.	19
2° Anatomie pathologique	27
3° Etude clinique.	28
4° Diagnostic	34
5° Traitement	38
Conclusions	50
Observations.	52
Index bibliographique	64
